

# Epikrise i hånden

- *bedre enn 10 i systemet..?*

Thale Kristin Olsen  
Lise Haldorsen Willumsen  
Eirin Sigurdsen  
Qiao Chen  
Hege Lien  
Mobashir Aziz  
Martin Skauge Johnsen



Gruppeoppgave, KLoK, Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

2011

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn/emne:** Brukermedvirkning og samhandling er viktige satsningsområder i arbeidet for å sikre god pasientsikkerhet og kvalitet i helsevesenet. Å involvere pasienten i egen sykdom og behandling, samt sikre at denne informasjonen *raskt* formidles mellom første- og annenlinjetjenesten, er nødvendig for å kunne bedre pasientsikkerheten. Epikrisen er et sentralt verktøy for å oppnå dette. Vi ønsker å undersøke hvordan innføring av ”epikrise i hånden” (EIH) til pasienten ved utskrivelse fra sykehusavdeling påvirker epikrisetid og pasienttilfredshet, og se på hvilke tiltak som kan være aktuelle for å gjennomføre dette.

**Kunnskapsgrunnlag:** Ved litteratursøk fant vi gode erfaringer fra gjennomføring av EIH i Norge. Pasientene ønsker å motta informasjonen som er i epikrisen, de fleste opplever bedre egenhelse, og er mer fornøyde med behandlingen. Epikrisetiden har gjennomgående blitt betraktelig redusert og kommunikasjonen med andrelinjetjenesten har blitt styrket.

**Begrunnet tiltak og metode:** Vi søkte i tilgjengelig litteratur, intervjuet leger i kliniske avdelinger og benyttet oss av egne erfaringer fra praksisperioden i 10.semester. Avhengig av avdelingens eksisterende rutiner og arbeidsverktøy, vil vi foreslå flere mindre tiltak. Både talegjenkjenning, digital diktering, omorganisering av sekretærtjenesten og endring av arbeidsflyten i avdelingen kan være aktuelt, sammen eller hver for seg, tilpasset de ulike avdelingers rammevilkår.

**Organisering:** Forslaget vårt er at det i den aktuelle avdelingen nedsettes en tverrfaglig prosjektgruppe, som etter et PDSA-mønster implementerer EIH som utskrivelsespraksis i en prøveperiode. Etter prøveperioden må arbeidsgruppen vurdere effektene av tiltaket, og vurdere om det er ønskelig å implementere EIH som fast praksis.

**Resultater/vurdering:** Målet med å innføre EIH er todelt: at pasienten blir mer involvert i egen helse og behandling, samt å øke andelen epikriser som sendes ut i løpet av den nasjonale syvdagersfristen slik at kommunikasjonen mellom ulike nivåer i helsetjenesten bedres. Begge delmål bidrar til økt pasientsikkerhet. Mål på førstnevnte vil være økt pasienttilfredshet, målt kvalitativt ved et strukturert spørreskjema. Epikrisetiden kan raskt kontrolleres ved å sjekke utsendelsesdatoen opp mot utskrivelsesdato, noe som er et indirekte mål på hvorvidt EIH er gjennomført.

## INNHALDSFORTEGNELSE

## **DEL I:**

Bakgrunn	1
Kunnskapsgrunnlag	6
Forbedringsarbeidet	11
Prosess og organisering	16
Diskusjon	18
Konklusjon	19

## **DEL II:**

Gruppeprosessen	20
-----------------	----

<b>Referanser</b>	<b>23</b>
-------------------	-----------

### **Vedlegg 1: PICO-tabell**

### **Vedlegg 2: Flytskjema 1**

### **Vedlegg 3: Fiskebeinsdiagram**

### **Vedlegg 4: Flytskjema 2**

### **Vedlegg 5: Spørreskjema**



# 1. BAKGRUNN

## 1.1 Introduksjon

I løpet av den kliniske praksisperioden på 10. semester har vi fått en smakebit på hvordan hverdagen på norske sykehus arter seg. Epikriseskriving utgjør en anelig del av den daglige rutinen, og er noe vi selv kommer til å jobbe mye med som turnusleger.

Noen av oss hadde 10. semesterpraksis på Skien sykehus, hvor det i flere år har vært fast rutine at alle som skrives ut fra medisinsk avdeling skal få tilbud om epikrisen ved utskrivelse (1). I Skien er talegjenkjenning et viktig hjelpemiddel for å få dette til å fungere. Andre av oss var utplassert på avdelinger som ønsket å få ferdigstilt epikrisene så snart som mulig, men hvor dette var vanskelig å få til i en hektisk hverdag - særlig når det manglet faste rutiner for hvordan dette skulle oppnås i praksis. Noen av oss har også jobbet som sekretær, og har mange ganger opplevd å skrive epikriser på pasienter som har vært utskrevet i ukesvis.

Vi ble derfor enige om epikriseskriving som et område med et klart forbedringspotensiale. Praksis varierer mellom ulike avdelinger og helseforetak. Dette har vi erfart selv, og det gjenspeiler seg også i de varierende epikrisetidene for norske helseforetak (2).

## 1.2 Brukermedvirkning: Tradisjoner, lovverk og helsepolitikk

Tradisjonelt sett har helsevesenet lenge vært preget av en paternalistisk holdning fra behandlernes side. Mot slutten av 1900-tallet vokste det imidlertid frem en økt bevissthet omkring pasientrettigheter, både i klinisk praksis, i profesjonsetikken og hos pasientene selv. Pasientene betraktes ikke lenger som passive mottakere av helsetjenester. Legens rolle har endret seg fra å være eksperten til å bli en samarbeidspartner for pasienten.

Den norske helselovgivningen ble kraftig revidert i tråd med disse holdningsendringene. I 2001 trådte den nye Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven i kraft. Innholdet i disse gjenspeilte et økende fokus på pasientrettigheter og -autonomi. Pasientens rett til medvirkning og selvbestemmelse står sentralt. Pasientrettighetsloven §3-1 sier at "pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen". Ifølge §3-2 skal pasienten ha "den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen". §3-5 spesifiserer at informasjonen skal "være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger (...). Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at

pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene” (3). Tilsvarende er helsepersonell pålagt å gi slik informasjon i henhold til Helsepersonelloven §9 (4). Helseforetakslovens §35 sier også at ”...helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt (...) etablere systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter” (5). Brukermedvirkning har med andre ord en solid juridisk forankring i norsk helselovgivning, både på individ- og systemnivå.

Brukermedvirkning er også en viktig del av den sentrale helsepolitiske strategien i Norge. I ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten... Og bedre skal det bli!” (2005-2015)” definerer Helsedirektoratet brukermedvirkning som en av seks bærebjelker for kvalitet i helsevesenet (6). Strategiens hovedtanke er det gode forløp med brukeren i sentrum. God kvalitet er avhengig av at brukerne blir tatt på alvor og kan påvirke utformingen av systemet. God compliance krever blant annet god informasjon.

Det er 3 nivåer av medvirkning; på politisk nivå, systemnivå og individnivå. Pasientene har rett til å medvirke både i den enkelte konsultasjonen og i planleggingen av helsetjenester. Som brukere av systemet har pasientene gjerne den beste forutsetningen til å fortelle hva som fungerer godt, og hva som trenger utbedring. Brukerundersøkelser er også viktige redskaper i kartlegging av pasienttilfredshet, og tar utgangspunkt i pasientens erfaringer og synspunkter. I regjeringens nasjonale helseplan for perioden 2007-2010 er en sterkere brukerrolle omtalt som en av helseplanens bærebjelker (7). I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på brukermedvirkning på individnivå, og vi vil derfor ikke omtale brukermedvirkning på politisk- og systemnivå.

### **1.3 Brukermedvirkning på individnivå: Kommunikasjon og informasjon ved utskrivelse fra sykehus**

Informasjon og kommunikasjon er et viktig aspekt ved brukermedvirkning på individnivå i helsevesenet. Pasientenes compliance kan påvirkes av typen informasjon som gis, men også av hvordan den blir gitt. I en oversiktsartikkel om lege/pasient-kommunikasjon fra 2003 beskriver Kessels (8) hvordan mye av informasjonen som gis til pasienten glemmes nesten umiddelbart. Pasientene har en tendens til å fokusere på diagnoseinformasjon, og husker dårligere informasjon om behandling. Verbal informasjon huskes dårligst, og bør suppleres med skriftlig materiale. Dette gjenspeiler seg i flere studier som har undersøkt hva pasienter egentlig sitter igjen med av informasjon i etterkant av en utskrivelse. Disse tyder på at pasientenes oppfattelse av og kunnskap om sin medisiner og videre oppfølging er

suboptimal. Makaryus og Friedman (9) intervjuet 43 nylig utskrevne pasienter, og fant at over halvparten av disse ikke kunne gjenfortelle sine egne utskrivelsesdiagnoser, navnet på medisinene de skulle ta, medikamentindikasjonene, eller vanlige bivirkninger. Pullar et al (10) intervjuet 50 pasienter og fant at omtrent en fjerdedel av disse ikke visste (eller hadde en feiloppfatning av) hvorfor de skulle ta medisinene sine. Calkins et al (11) sammenlignet legers og pasienters oppfattelse av innholdet i utskrivningssamtalen. De fant at legene overvurderte hvor godt pasientene forstod informasjonen som ble gitt om oppfølging, og også at legene mente det ble brukt mer tid på å snakke om oppfølging enn hva pasientene gjorde.

#### **1.4 Norske pasienters oppfattelse av informasjon ved utskrivelse fra sykehus**

Commonwealth Funds' sammenlignende internasjonale helsetjenesteundersøkelse kartlegger tilfredsheten blant pasienter når det gjelder ulike aspekter ved helsetjenesten. Resultatene for 2010-undersøkelsen er nylig publisert (12). De norske tallene var basert på telefonintervjuer av 1058 personer over 18 år. Et av hovedtemaene var pasientenes vurdering av informasjonen gitt ved utskrivelse. Den norske spesialisthelsetjenesten fikk gjennomgående dårligst score på disse parameterne. 38% av pasientene oppga at de ikke hadde fått informasjon om formålet med den medikamentelle behandlingen. 41% hevdet de ikke hadde fått avtale om oppfølging hos lege eller annet helsepersonell. 56% av de spurte svarte nei på om de hadde mottatt skriftlig informasjon om hvilke symptomer de eventuelt skulle være oppmerksomme på. Dessuten svarte 23% at deres fastlege ikke virket oppdatert på informasjonen fra sykehuset. Rapporten hadde tidvis lav svarprosent.

#### **1.5 Epikrisekvalitet og samhandling**

Pasientsikkerhet er et annet viktig aspekt i den sentrale kvalitetsstrategien for helsevesenet (6). God samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten er med på å gi pasientene en trygg behandling og oppfølging, og er viktig for pasientsikkerheten. Pasienter som skrives ut fra sykehus, følges opp videre av fastlege, hjemmesykepleie og lignende. Epikrisen er et viktig verktøy for å sikre god samhandling og kontinuitet i pasientbehandlingen.

En norsk studie (13) utviklet i 2007 seks innholdsmessige kvalitetskriterier for "den gode epikrise": Epikrisen skal inneholde en essensiell sykehistorie, en klar vurdering og konklusjon, entydige legemiddelopplysninger og tydelig informasjon om videre oppfølging. Den skal være kort og konsis, uten uvesentlige opplysninger, ha korrekt ortografi og

tegnsetting. Disse kvalitetstegnene samsvarer med tilsvarende utenlandske studier. van Walraven et al (14) angir 56 epikrisemomenter som synes kvalitetsgivende. Oppsummert anses innleggelsesdiagnose, undersøkelse og funn, laboratoriefunn, prosedyrer og komplikasjoner, utskrivningsdiagnose, medikasjon, tilstand ved utskrivelse og oppfølging som de viktigste bidragsyterne til epikrisekvalitet. Det understrekes gjennomgående i alle studier at epikrisekvaliteten faller vesentlig dersom denne overstiger 2 sider eller mottas forsinket i forhold til behov for oppfølging.

Studien til van Walraven viste også at det er god konsensus mellom allmennleger og sykehusleger om hvilke momenter som er viktig for en god epikrise. Allmennlegene la mer vekt på kort epikrisetid, og foretrakk et kortere resymé. En studie blant norske fastleger (15) fremhevet at fastlegene foretrakk at epikrisen var strukturert fremfor kort, og at den hadde utfyllende informasjon om oppfølgingsbehov fremfor at den kom raskt. 91% av fastlegene var fornøyde med epikrisene. I de tilfellene hvor pasientene hadde et oppfølgingsbehov var imidlertid fastlegene mindre fornøyde med epikrisekvaliteten.

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet etablerte Kompetansesentret for IT i helsevesenet (KITH) et forslag til mal for struktur og innhold for den medisinskfaglige delen av epikrisen (16). Malen skal inneholde følgende medisinskfaglige avsnitt (så sant de er relevante): Årsak til innleggelse, familie/sosialt, tidligere sykdommer, funn og undersøkelsesresultater, forløp og behandling, ubesvarte prøver, funksjonsnivå/hjelpetiltak, vurdering, plan for videre oppfølging, legemidler, sykmelding, informasjon til pasient/pårørende. Avsnittene må kunne identifiseres entydig, men rekkefølgen kan endres i henhold til lokal praksis.

Kommunikasjon mellom sekundær- og primærhelsetjenesten er ikke alltid tilfredsstillende. Kripalani et al (17) fant at epikrisen var tilgjengelig hos primærhelsetjenesten ved første pasientkontakt etter utskrivelse i kun 12–34 % av tilfellene. Dette hadde negativ påvirkning på kvaliteten i primærlegens arbeid i ca 25 % av tilfellene. Epikrisen manglet også ofte vesentlig informasjon, noe som gjorde oppfølgingsarbeidet mer vanskelig. van Walraven et al fant også tilsvarende resultater ved sin undersøkelse (18).

En annen studie ved van Walraven (19) undersøkte sammenhengen mellom epikrisetilgjengelighet hos primærlegen og reinnleggelser. Her var epikrisen tilgjengelig hos primærlegen etter utskrivelse i 12,2 % av tilfellene. Totalt ble 27 % av pasientene akutt reinnlagt på sykehuset. Det var en redusert risiko for reinnleggelser hos de pasienter hvis primærlege hadde mottatt epikrisen (relativ risiko 0,74).



Det er også undersøkt hvordan norske fastleger opplever epikrisen som samhandlingsverktøy. I en artikkel fra 2005 (20) oppga norske fastleger at pasientene kontakter dem med problemer relatert til innleggelsen relativt raskt etter utskrivningen, og at 24-38% av epikrisene ved dette tidspunktet ikke er tilgjengelige hos fastlegen. Kværner et al (15) sendte i 2004 ut en spørreundersøkelse til alle norske fastleger. Resultatet viste at fastlegene måtte vente i gjennomsnitt en uke eller mer på epikrisene. 56% oppga at de kontaktet sykehuset minst to ganger i måneden for å få informasjon på grunn av lang epikrisetid. De fleste var imidlertid tilfredse med kvaliteten på epikriseinnholdet.

### **1.6 Epikrisetid som nasjonal kvalitetsindikator**

Forskrift om pasientjournal §9 sier at «epikrise skal sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet» (21). Hvor stort dette tidsrommet er, sier forskriften imidlertid ingenting om. Epikrisetiden kan ses på som et indirekte mål på kvaliteten på samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten, og dette er bakgrunnen for at epikrisetid ble innført som en nasjonal kvalitetsindikator for somatiske sykehus i Norge.

Epikrisetiden er definert som andelen epikriser som er sendt ut fra sykehuset innen 7 dager etter utskrivelse (22). Dette er en type prosessindikator. Helsedirektoratet publiserer tertialsvis, både for helseregioner sett under ett og for enkeltsykehus. Slik kan man sammenligne ulike helseforetak, og man kan også følge utviklingen over tid.

### **1.7 Valget av «epikrise i hånden» som kvalitetsforbedringstiltak**

Det synes å være et klart forbedringspotensiale i forbindelse med somatiske utskrivelser - både for informasjonen som gis til den enkelte pasient, kvaliteten på selve epikriseinnholdet og epikrisetiden. Dette er bakgrunnen for vårt forslag om at pasienter som skrives ut fra medisinsk avdeling, skal få tilbud om å få med seg epikrisen sin i forbindelse med utskrivningssamtalen («epikrise i hånden», EIH). Dette skal være den samme epikrisen som sendes til pasientens fastlege.

Pasienten bestemmer selv over egen behandling og grad av compliance, og vi mener at økt brukermedvirkning i form av grundig informasjon kan bidra til at pasientene får best mulig forutsetninger for å ta gode valg angående egen helse. Som en naturlig konsekvens av at epikrisen er ferdig på utskrivelsesdagen, vil også epikrisetiden reduseres til et minimum. Dette vil kunne bidra til bedre kommunikasjon og samhandling mellom sykehusene og primærhelsetjenesten.

## **2. KUNNSKAPSGRUNNLAG**

### **2.1 Søkestrategi og informasjonsinnhenting**

I oppstartsfasen av arbeidet tenkte gruppen gjennom søkestrategiene og valgte å systematisere hvilken kunnskap vi var ute etter før vi gikk i gang. Vi diskuterte hvordan vi kunne bruke PICO (Populasjon, Intervensjon, Kontroll, Utfall/Outcome) for å systematisere informasjonsinnhenting. Se vedlegg 1.

I litteratursøket brukte vi PubMed og tidsskriftet.no som hovedkilder til informasjon. Vi brukte også andre søkemotorer, som for eksempel Google. Søkeordene som ble brukt på PubMed var: «discharge summary», «discharge summary AND hospital readmission», «discharge summary AND effectiveness», «discharge summary AND time», «speech recognition» ( AND «hospital») (AND «medical charts»), «voice recognition» (AND «hospital») (AND «medical charts»). På tidsskriftet.no brukte vi søkeordene «epikrise», «epikrisetid», «epikrisekvalitet», «brukermedvirkning», «talegjenkjenning». På Google søkte vi på «epikrise i hånda», «epikrisen i hånden», «epikrisen i hånda» og «epikrise i hånden». Vi tok utgangspunkt i de mest relevante publikasjonene fra de initiale søkene, og gikk gjennom referanselistene etter flere aktuelle artikler. Artiklenes relevans ble vurdert ut fra tittel og abstract. I de tilfellene hvor abstractet syntes relevant for vår oppgave, hentet vi inn artikkelen i fulltekst.

For innhenting av informasjon om nåværende epikrisepraksis, diskuterte vi først hvilke erfaringer vi hadde fra 10. semesterpraksis og kontaktet avdelingsledere på noen av praksissykehusene. Vi søkte også på Helsetilsynets sider (23) med søkeord «epikrise», avgrenset til tilsynene som dreide seg om «pasientjournal og dokumentasjon» og «spesialisthelsetjenester». I tillegg intervjuet vi utvalgte sykehusleger per epost. Vi fant ingen internasjonal litteratur om EIH i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid har vi funnet rapporter og artikler basert på erfaringer med EIH ulike steder i Norge. Det har vært lite «harde data» og tallmateriale som konkret beskriver effekten av EIH. Vi har derfor valgt å vektlegge en grundig redegjørelse av bakgrunnen for vårt valg av kvalitetsforbedringstiltak.

### **2.2 Erfaringer med EIH i Norge**

Nevrokirurgisk avdeling ved UNN har siden 1997 sendt alle pasienter en kopi av epikrise og eventuell operasjonsbeskrivelse (24). 100 pasienter ble telefonintervjuet i etterkant. Alle

uttrykte tilfredshet med å få kopi av sin epikrise, og alle sa at de forstod innholdet. Kun 2 personer mente det var for mange fremmedord. Ingen pasienter sa de ble skremt av alvorlige opplysninger, og alle syntes det var verdifullt å lese epikrisen. Mange pasienter tok med seg epikrisen i videre behandling, og de gav uttrykk for at de hadde bedre mulighet til kontakt med primærhelsetjenesten. Denne kvalitative undersøkelsen antyder at utsendelse av epikriser til pasientene fører til bedre tillitsforhold mellom pasient, lege og sykehus, og til bedre pasienttilfredshet.

I 2005 arrangerte tidligere Helse Øst en dialogkonferanse hvor ulike brukerorganisasjoner var representert. Det ble foreslått at helsepersonell i forbindelse med utskrivningssamtaler alltid skal spørre pasienten om vedkommende vil ha med seg kopi av epikrisen. Dette var opptakten til et to måneders pilotprosjekt i 2005/06, hvor ferdigbehandlede pasienter på tre sykehusavdelinger fikk med seg epikrisen sin dersom de ønsket det. Den overordnede målsettingen med dette var å «sikre at pasientene får god informasjon og blir mer involvert i behandling og oppfølging, samt å bidra til kortest mulig epikrisetid og senest innen sju dager (nasjonal frist)» (25). Avdelingene som deltok var Alderspsykiatrisk avdeling Blakstad (Sykehuset Asker og Bærum) samt avdeling for nevrologi og avdeling for ØNH på Ahus.

20% av de utskrevne pasientene i denne perioden ble i etterkant intervjuet per telefon for en evaluering. Flertallet av pasientene var fornøyd med form og innhold av informasjonen. 89% syntes det var nyttig å motta epikrisen. 85 % og 83 % var fornøyde med informasjonen om henholdsvis hva som feilte dem, og om behandlingen de mottok. Imidlertid mente bare 64% at innholdet i noen til stor grad var forståelig; her var de som mottok epikrisen samme dag som utskrivelsen mest fornøyde.

Epikrisetiden gikk samlet sett ned gjennom forløpet. Ved nevrologisk avdeling økte man andelen utsendte epikriser innen 7 dager fra 81% til 99%, hvorav 63% ble sendt ut på utskrivelsesdagen. Ved alderspsykiatrisk avdeling økte andelen epikriser sendt i løpet av 7 dager fra 70 til 100 %, og 80% var ferdigstilt utskrivelsesdagen. Ved ØNH-avdelingen var 90% av epikrisene sendt ut i løpet av 7-dagersfristen før prosjektoppstart, kontra 85% etter. Imidlertid ble flere epikriser sendt ut i løpet av dag 2 etter utskrivelse etter at prosjektet ble gjennomført.

Alle avdelingene brukte sekretærer. Det ble ikke gjort noen vesentlige organisatoriske endringer eller innført ny teknologi i forkant av prosjektet. Rapporten beskriver at "...det gikk rimelig greit både for legene og det administrative personalet å ferdigstille epikrise eller utkast av epikrise til sluttsamtalen med pasienten". Den totale tiden brukt til å skrive epikriser ble ikke endret, men assistentlegene opplevde i noen grad økt arbeidspress, da krav om ferdigstilling av epikriser krevde prioritet over andre gjøremål.

Prosjektgruppen vurderte om endring av praksis førte til kvalitative endringer i epikrisen. En del av legene som ble intervjuet, fortalte at de ble mer varsomme med å inkludere opplysninger om mulig alvorlige tilstander som ikke var ferdigutredet og/eller enda ikke var tatt opp med pasienten. Flere opplyste at de ble mer oppmerksomme på formuleringer som kunne virke støtende, samt at de forsøkte å bruke et mer "lettforståelig" språk".

EIH har blitt innført i Skien og Østfold i henholdsvis 2007 og 2009 (26, 27). Erfaringer herfra viser økt pasienttilfredshet samt redusert epikrisetid. Andel epikriser sendt ut innen 7 dager i 1. tertial 2009 for Helse Sør-Øst som helhet var omtrent 70%. I Skien sendte man ut over 80 % av epikrisene i løpet av 7 dager, mens Sykehuset Østfold sendte ut vel 50%. Samme år, etter at innføringen av «Epikrise til pasient» ved Sykehuset Østfold, økte denne andelen til 80% (28), (29), (30). Her ønsket 96% å få med seg epikrisen ved senere utskrivelser. Ingen av pasientene som ble spurt følte at språket i epikrisen var noe problem (31).

### **2.3 Utlevering av journalnotat til pasienter i allmennpraksis**

EIH kan ikke uten videre sammenlignes med at pasienten får med seg journalnotater fra allmennpraksis. En epikrise inneholder mye mer informasjon. I allmennpraksis skjer gjerne overleveringen av informasjon til pasienten «stykkevis og delt», fordelt over flere konsultasjoner. Arbeidshverdagen for fastleger er ganske forskjellig fra sykehuslegenes når det gjelder dokumentasjon og journalskriving. Ofte kan journalnotatene i allmennpraksis bære preg av å være en slags «huskelapp» for legen før neste konsultasjon. Journalnotatenes innhold varierer nok også mer i innhold og oppsett enn hva epikrisene gjør. Men når det gjelder pasientinformasjon og brukervedvirkning mener vi at pasienter i allmennpraksis også er relevante for vår oppgave.

En studie i BMJ fra 1986 undersøkte hvordan 95 pasienter i en allmennpraksis i sørøst-London reagerte på å få lese sin egen journal. Flertallet av pasientene syntes dette var positivt, de følte seg mer involvert i egen behandling og oppfølging, og opplevde innsynet som tillitvekkende i forhold til helsevesenet (32).

I en randomisert, kontrollert studie fra 2000 (33) undersøkte man effekten av å gi pasientene tilgang til egen journal. 205 pasienter med kroniske tilstander deltok. Pasientene i intervensjonsgruppen oppga signifikant bedring i egenopplevd helse, og de var også mer fornøyd med behandlingen de fikk. 83% mente at utdeling av journalnotatene bidro til smidigere konsultasjoner, og 80% følte seg bedre forberedt før neste konsultasjon. 89% oppga at de ikke ble bekymret eller redde av å lese journalnotatene.

I en norsk studie fra 2003 ble 181 pasienter (tilhørende listene til 8 fastleger) spurt av legen om de ønsket kopi av dagens journalnotat. Pasientene som ønsket dette fikk utlevert en papirkopi umiddelbart etter konsultasjonen, og ble deretter bedt om å evaluere journalnotatet ved hjelp av tre enkle spørsmål. 70% av pasientene ønsket å lese journalen. Av disse 126 personene svarte 94% at journalnotatene var dekkende for det de kom for, 83% at det var nyttig å lese hva legen hadde skrevet og 76% at dette burde vært vanlig i allmennpraksis. Legene mente på sin side at journalnotatene ble litt lengre og krevde mer tid. De fleste legene mente at kvaliteten på notatet ble bedre, og at dette kunne bli vanlig praksis (34).

## **2.4 Talegjenkjenning**

Rosenthal et al (35) undersøkte bruken av talegjenkjenning ved radiologiske avdelinger. De fant at talegjenkjenning reduserte tiden før notatet ble tilgjengelig i systemet med 99% og resulterte i en betydelig innsparing av kostnader.

Parente et al (36) analyserte implementering av talegjenkjenning. Kvalitative intervjuer antydte at teknologien hatt en signifikant påvirkning på den enkelte helsearbeiders mulighet til å arbeide mer kostnadseffektivt og sikre bedre pasientbehandling.

Zick og Olsen (37) sammenlignet talegjenkjenning med tradisjonell transkripsjon ved hjelp av sekretær. 47 innkomstjournaler ble diktert med både et talegjenkjenningsprogram og på vanlig måte. Den tradisjonelle transkripsjonsmetoden var mer presis enn talegjenkjenningsprogrammet (99,7% korrekt tekst vs 98,5 % korrekt tekst). Gjennomsnittlig antall rettinger per journal var 1,2 for den tradisjonelle transkripsjonsmetoden og 2,5 ved talegjenkjenningsprogrammet. Total tidsbruk per journal var mye kortere med

talegjenkjenningsprogrammet enn den tradisjonelle transkripsjonsmetoden med 3,65 mot 39,6 minutter.

## **2.5 Epikrisemaler og standardiserte medikamentlister**

I Storbritannia utførte Royal College of Physicians' Health Informatics Unit (HIU) i 2002 en systematisk vurdering av 87 epikriser fra fem sykehus i England og Wales. Epikrisene ble sammenlignet med resten av pasientjournalen. De fant at 17% av epikrisene manglet utskrivelsesdiagnose, 19% manglet omtale av utførte prosedyrer og 75% manglet omtale av hva pasienten hadde fått av informasjon under sykehusoppholdet. Hos to av sykehusene manglet også henholdsvis 16% og 24% av epikrisene dato (38). Dette var noe av bakgrunnen for at HIU ønsket å utarbeide et evidensbasert standardoppsett for pasientjournaler, inkludert epikriser. Ved gjennomgang av litteraturen fant de blant annet argumenter for at allmennleger foretrekker et standardisert epikriseoppsett, og at slike kan forbedre samhandling og behandlingskontinuitet (38). Som tidligere nevnt har KITH utarbeidet et tilsvarende standardisert oppsett for epikriser i Norge (16).

En svensk studie fra 2008 (39) undersøkte effekten av å sende med pasienten en strukturert medikamenttabell ved utskrivelse. Listen inneholdt alle medisinförändringar gjort under sykehusoppholdet med begrunnelse, og ble gitt til fastlege, til hjemmesykepleie/sykehjem og til pasienten selv. Man sammenlignet hvilke medisiner pasientene fikk etter utskrivelse og hvilke medisiner de ifølge epikrisen skulle ha fått. I intervensjonsgruppen hadde 32% minst én medikamentfeil, mens tilsvarende tall i kontrollgruppen var 66%. Antall medikamentfeil ble redusert, uavhengig av om disse var potensielt alvorlige eller ikke.

## **2.6 Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget**

Vi fant positive erfaringer med EIH i Norge. Pasientene ønsker å få informasjonen som er i epikrisen. De fleste er også veldig tilfredse med både form og innhold av epikrisen, og det gir ikke minst også kortere epikrisetid. Også i allmennpraksis har det vært tilsvarende positive erfaringer med å gi pasientene kopi av deres journalnotatet. De fleste pasientene opplever bedre helse, er mer fornøyde med behandlingen, og det styrker ikke minst tillitsforholdet mellom lege og pasient. Talegjenkjenning er kostnadseffektivt og tidsbesparende, men noe mindre presist enn den tradisjonelle transkripsjonsmetoden. Standardiserte maler kan bedre kvaliteten på epikrisen, og standardiserte medikamentlister gir færre medisineringsfeil.

### **3. FORBEDRINGSARBEIDET**

#### **3.1 Gjeldende praksis i Norge**

##### *3.1.1 Epikrisekvalitet*

Helsetilsynet gjennomgår og vurderer jevnlig ulike aspekter ved virksomheten til sykehus og -avdelinger rundt om i landet, deriblant forhold vedrørende dokumentasjon, pasientinformasjon og kommunikasjon. I et tilsyn med Sykehuset Innlandet Hamar ble det notert at enkelte epikriser manglet medikamentliste og informasjon om videre oppfølging (40). Noe av det samme fremkom i et tilsyn med medisinsk avdeling ved Haraldsplass diakonale sykehus, hvor epikriser manglet medikamentliste, og til tider ikke ble sendt til fastlege (41). I 2010 vurderte Helsetilsynet kommunikasjon i helseforetak ved Nevrokirurgisk avdeling, St. Olavs hospital. Det ble da bemerket at epikrisene noen ganger manglet en samlet vurdering, eller hadde en mangelfull sykehistorie. Noen epikriser manglet også en tydelig avklaring av oppfølgingsansvar. Talegjenkjenning ble karakterisert som et sårbart område med potensiale for feil og svikt i pasientbehandlingen (42). Tilsynene representerer en form for stikkprøver av eksisterende praksis, og vi mener derfor at disse avvikseksemplene tyder på at epikrisekvaliteten ved norske sykehusavdelinger varierer.

##### *3.1.2 Egne observasjoner. Diktering og foreløpig epikrise*

På 10. semester har vi selv opplevd varierende rutiner for diktering og epikriseproduksjon. Talegjenkjenning har etter hvert blitt innført en del steder, mange benytter seg av digital diktering, mens det andre steder fortsatt brukes analog diktering på kassettbånd. Vi har inntrykk av at det de fleste steder er vanlig å sende med pasienten en foreløpig epikrise, som inneholder medikamentliste, en konklusjon på «ikke-medisinsk» språk, og en omtale av videre behandling og oppfølging. Denne foreløpige epikrisen kommer i tillegg til den endelige epikrisen, som gjerne slutføres etter at pasienten har reist og sendes til fastlege og henvisende lege.

#### **3.2 Analyse av epikriseskrivingsprosessen**

##### *3.2.1 Hvordan produseres egentlig en epikrise?*

På grunnlag av egne erfaringer og innspill fra praksisveiledere og leger vi har intervjuet på mail, har gruppen i fellesskap analysert prosessen som ender i en ferdigskrevet epikrise. Dette har vi sammenfattet i et flytskjema. Her har vi tatt utgangspunkt i en «gjennomsnittlig medisinsk avdeling på et gjennomsnittlig lokalsykehus», hvor epikrisene dikteres på kassett

og skrives av sekretær (vedlegg 2). Flytskjemaet er ment som en oppsummering av gjeldende praksis, og brukes her som utgangspunkt for våre forslag til innføring av EIH.

Som vi ser av flytskjemaet, er det mange ledd i en slik prosess, og mange potensielle «flaskehalser» som kan føre til forsinkelser. Når epikriser dikteres på bånd må disse merkes med personalia og leveres på avtalt sted før de hentes av sekretær. Dette kan medføre forsinkelser. Kassettbånd er også sårbare siden bånd kan mistes og det kan oppstå forbyttinger, med det merarbeid dette medfører. Lydkvaliteten forringes grunnet slitasje; noe som kan utgjøre forsinkelser hos sekretær. Vedlikehold av bånd er et annet moment. Signering av ferdig diktete epikriser samt kontrasingering kan også medføre forsinkelser.

### *3.2.2 Mulige årsaker til lang epikrisetid*

I kapittel 1.5 dokumenterte vi hvorfor lang epikrisetid kan være et problem, og hvordan epikrisetid varierer på norske sykehus. I oppstartsfasen av oppgavearbeidet diskuterte gruppen mulige årsaker til dette og oppsummerte dette i et fiskebeinsdiagram (vedlegg 3).

Det foreligger flere årsaker til forsinket epikrisetid. Teknologiske problemer med journalsystem eller diktafon ("maskiner") og årsaker som tidspress hos den enkelte lege eller sekretær ("mennesker") er eksempler på dette. Faktorer utenfor sykehuset kan bidra ("miljø"), ved forsinkelser i posten eller problemer med elektronisk mottak av epikriser i fastlegenes journalsystemer. Årsaker grunnet måten epikriseskrivingen utføres på ("metode"), som at selve journalføringsmetoden tar tid, spiller også inn. Andre årsaker enn de overnevnte er selvfølgelig også aktuelle.

## **3.3 Begrunnede tiltak**

Vi har allerede argumentert for at det foreligger et forbedringspotensiale både for graden av brukermedvirkning for den enkelte pasient, og for kontinuiteten i behandlingsløpet/samhandlingen. Som et mulig tiltak for å forbedre dette, foreslår vi en «pakke» av ulike elementer som kan tilpasses den enkelte avdeling. Noen steder (Skien) anses talegjenkjenning som en viktig del av å få til EIH. Andre steder (Sykehuset Østfold, nevrologisk avdeling AHUS) har de fått til EIH uten talegjenkjenning, men med en grundig gjennomgang av eksisterende epikriserutiner og omlegging av disse med fokus på EIH som mål.



Vi har tatt utgangspunkt i vår analyse av epikriseflyten og oppsummert denne tiltakspakken i et nytt og forbedret flytskjema (vedlegg 4). Her har vi tatt med følgende elementer:

### *3.3.1 Standardisert epikrisemal med medikamentliste*

Sekretær oppretter standardisert epikrisemal i journalsystemet allerede ved innleggelse. Denne inneholder en egen tabell for medikamentlisten. En slik standardisert mal mener vi er med på å sikre god kvalitet i epikrisens innhold. Vi foreslår videre at sekretær på bakgrunn av informasjonen i innkomsjournalen kopierer «Tidligere sykdommer», «Aktuelt» og «Funn ved innkoms» til epikrisen slik at legen senere lett kan redigere dette. Når man har planlagt utskrivelse fullfører legen epikrisemalen og medikamentlisten. Som ledd i tiltakspakken foreslår vi at diktering kan gjøres ved hjelp av talegjenkjenning (diktering og signering i samme seanse). Eventuelt kan digital diktering benyttes.

### *3.3.2 Talegjenkjenning og digital diktering*

Ved bruk av talegjenkjenning slipper man mulige forsinkelser i forbindelse med transkripsjon på skrivestuen, og legen dikterer, korrekturleser, retter og godkjenner i en og samme seanse. Ved digital diktering har man fortsatt sekretærer som skriver epikrisen, men ved å unngå bruk av kassetter slipper man å bruke tid på å transportere disse, lete etter riktig kassett til riktig pasient, og man risikerer ikke at kassetter «forsvinner» slik at hele epikrisen må dikteres på nytt. Sentralisert skrivejeneste får også lettere oversikt over ferdig diktete epikriser, og kan dermed prioritere disse. Det er også mulig at lyd kvaliteten blir bedre på digitale diktater .

### *3.3.3 Økt fokus på smidig epikriseflyt*

Om man skal få til en epikrise som er ferdigstilt på utskrivelsesdagen, fordrer det at man har fokus på dette målet i alle ledd av arbeidsflyten allerede fra innleggelsestidspunktet. For at legen skal få tid til å diktere epikrisen, og sekretæren tid til å skrive den, kan det også tenkes at arbeidshverdagen på avdelingen må omorganiseres noe. Dette avhenger selvfølgelig av de eksisterende rutinene på avdelingen. En mulighet kan være at legen dikterer epikrisen allerede når man begynner å planlegge utskrivelse, for eksempel et par dager før reell utskrivelsesdato. Da er denne tilnærmet ferdigskrevet på utskrivelsesdagen, og eventuelle endringer eller tilføyelser kan gjøres av dikterende lege selv. En annen mulighet er at dikterende lege må

sørge for å diktere epikrisen tidlig nok på utskrivelsesdagen til at sekretærene rekker å skrive den før arbeidsdagen er slutt og pasienten skal reise hjem.

Hyppig dialog mellom legene på avdelingen og skrivetjenesten er selvfølgelig viktig. Sekretærene må til enhver tid ha oversikt over hvilke pasienter som skal skrives ut aktuelle dag, og hvilke leger som skal signere/kontrasignere. En flaskehals i arbeidsflyten kan være at epikriser blir liggende lenge før de blir godkjent av dikterende lege og kontrasignerende lege. Dette mener vi kan løses ved at både dikterende og kontrasignerende lege tar ansvar for å oppgi en stedfortreder til skrivestuen ved planlagt fravær. Eventuelt kan legene avtale to «signeringsansvarlige» leger på hvert morgenmøte; en assistent-/turnuslege og en overlege, og sørge for at skrivestuen rutinemessig får beskjed om hvem disse er slik at de ferdigskrevne epikrisene kan videresendes til det rette vedkommende.

### **3.4 Gjennomførbarhet og barrierer**

EIH er allerede forsøkt på flere ulike avdelinger i landet både med og uten talegjenkjenning. Vi mener derfor at en medisinsk avdeling som ønsker å innføre EIH, burde ha gode forutsetninger for å lykkes. Talegjenkjenning og digital diktering kan kreve økonomiske investeringer i form av utstyr og opplæring, og særlig talegjenkjenning forutsetter også en ”innkjøringsperiode” hvor programmet etter hvert tilpasses den enkelte bruker. I Skien kjøpte man ca. 150 programlisenser, noe som kostet ca 2,4 millioner kroner. Samtidig reduserte man kostnader tilknyttet sekretærstillinger. Nettoresultatet ble en innsparing på ca 5 millioner kroner årlig (27).

### **3.5 Valg av indikator**

#### *3.5.1 Prosessindikatorer*

For kontroll av gjennomføring av EIH foreslår vi to prosessindikatorer; andel epikriser gitt til pasienten ved utskrivelse og epikrisetid.

I epikrisemalen lager man et eget felt hvor man registrerer om pasienten har mottatt epikrisen ved utskrivelse eller ikke. Etter prøveperioden teller man over hvor stor andel av epikrisene som faktisk er gitt til pasienten. Dette blir dermed et direkte mål på i hvor stor grad tiltaket faktisk gjennomføres.

Epikrisetid er et indirekte mål på om EIH gjennomføres. Når utskrivelsesdato og dato for utsending er sammenfallende, betyr det at epikrisen er ferdig samme dag som utskrivelse.

Denne indikatoren er enkel å bruke fordi disse datoene føres allerede i epikrisen. Alle sykehus er pålagt å monitorere og rapportere epikrisetiden, og denne kan følges over tid.

### *3.5.2 Resultatindikator*

Som resultatindikator ønsker vi å måle hvor fornøyde pasientene er etter å ha fått EIH. Vi har utarbeidet et spørreskjema med tydelige og eksplisitte spørsmål som er ment å være skulle være enkle å tolke i ettertid (vedlegg 5). Slike kvalitative opplysninger er tidkrevende å måle og analysere, men ettersom hovedformålet med EIH er økt brukermedvirkning, mener vi at er kvalitative opplysninger fra pasientene er den beste resultatindikatoren.

## 4. PROSESS OG ORGANISERING

### 4.1 Implementering

#### 4.1.1 PDSA-syklus

Vi foreslår at EIH implementeres etter et PDSA-mønster (PDSA: Plan, Do, Study, Act).

**P:** Avdelingen som skal gjennomføre prosjektet setter innledningsvis sammen en tverrfaglig prosjektgruppe bestående av en prosjektleder, assistentlege, overlege, postsykepleier, samt en representant fra skrivestue og sykehusledelsen. Gruppen kan, hjulpet av et flytskjema, kartlegge avdelingens eksisterende epikriseflyt og analysere leddene i denne. Her kan potensielle flaskehalser og årsaker til forsinkelser fanges opp. Neste trinn i planleggingen vil være en vurdering av hvilke instrumentelle og strukturelle virkemidler avdelingen må benytte for å forbedre flyten. Kostnader ved innkjøp av utstyr og undervisning/opplæring av personalet må kartlegges, og ikke minst må personalgruppen motiveres for prosjektet.

**D:** Ved innføring av den nye epikriseflyten tror vi eksempelvis 2 måneder kan være tilstrekkelig i første omgang.

**S:** Evaluering av om prosjektet har gitt de ønskede resultater, og eventuelt hvilke utilsiktede erfaringer man har gjort seg, jfr kapittel 3.5 sin definisjon av prosess -og resultatindikatorer.

**A:** Diskusjon omkring hvorvidt det er ønskelig å innføre EIH som fast praksis, om det er nødvendig med justeringer av tiltakene som er foretatt, og eventuelt om nye tiltak må tilføyes for å oppnå ønsket resultat.

#### 4.1.2 Paretoanalyse

Paretoanalyse brukes når man har et problem med mange mulige årsaker og man vil finne hovedårsakene til dette problemet. Slik kan man lettere finne ut hvor man vil sette inn ressursene for å redusere problemet og forbedre prosessen. Pareto-prinsippet sier at i enhver gruppe av forhold som bidrar til en felles effekt, er det et fåtall av forholdene som bidrar til det meste av effekten.

I planleggingsfasen av pilotprosjektet kan avdelingen forsøke å konkretisere hvor de ulike flaskehalsene i epikriseskrivingsprosessen ligger. I en begrenset periode (for eksempel 100 utskrivelser/epikriser) kan dikterende lege, kontratisgerende lege og sekretær registrere mulige årsaker til at epikrisen blir ferdig for sent. I de tilfellene hvor dikterende lege ikke får diktert epikrisen tidsnok (årsak), registreres dette. Samtidig registrerer sekretær de tilfellene

hvor epikrisen ikke blir skrevet i tide (årsak). Sekretær registrerer også de tilfellene hvor epikriser blir liggende og vente på signering/godkjenning og kontrasignering.

#### *4.1.3 Opplæring og undervisning*

Det må settes av tid og penger til opplæring i bruk av eventuelt talegjenkjennings- og digitalt utstyr. I forhold til talegjenkjenning brukte man i Skien 3 dager på å lære legene det nye systemet, og man regnet også med en 6 ukers ”innkjøringsperiode” før talegjenkjenningssystemet fungerte optimalt (27).

#### *4.1.4 Ansvarsfordeling*

**Avdelingssjef:** Informerer om rutinen og viktigheten av denne. Sørger for undervisning i ICD-10 systemet for rett koding.

**(Seksjons)overleger:** Sørger for korrekt koding. Veileder nyansatte leger i epikrisediktering og epikriseprosedyren. Signerer/godkjenner daglig ferdige epikriser. Oppfølging av leger som ikke holder tidsfristen.

**Utskrivende lege:** Dikterer epikrise senest samme dag som pasienten utskrives. Oppgir kontrasignerende overlege. Ved fravær: angir stedfortreder. Korrekturleser og signerer daglig ferdige epikriser, og overfører denne til kontrasignerende overlege. Sørger for tilstrekkelig informasjonformidling til sekretærtjenesten hvis pasienten ikke skal ha kopi av epikrise.

**Kontorleder:** Sørge for tilstrekkelig arbeidskapasitet på skrivestuen. Informerer om viktigheten av at epikriser prioriteres i skrivearbeidet.

**Kontorpersonalet:** Skriver epikrisen helst samme dag som dikteringsdato. Sender/gir daglig ut odkjente epikriser til innleggende lege/fastlege samt til pasienten. Ved legefravær: Sørger for å sende epikrise til andre leger for godkjenning.

### **4.2 Ledelsesaspekter**

For å få til et kvalitetsforbedringsprosjekt er det svært viktig at ledelsen er innstilt på og motivert for at prosjektet skal fungere. Ledelsens holdninger kan forplante seg til de ansatte. Ledelsen må informere de ansatte om bakgrunnen for at EIH skal innføres og hvordan det skal gjennomføres. Dette mener vi vil sikre gode kunnskaper og motivasjon hos de ansatte. Fokus på å redusere epikrisetiden kan være en motiverende faktor. Vi mener også det er viktig at prosjektarbeidet ledes av en tverrfaglig ansvarsgruppe bestående av representanter fra alle de berørte yrkesgruppene.

### **4.3 Evaluering**

Etter at pilotprosjektet er gjennomført, må man evaluere både resultatene og gjennomføringen av prosjektet. Effekten av å gi pasientene epikrisen vurderes med et spørreskjema (vedlegg 5), hvor pasientene kan oppgi hvorvidt de er fornøyde med tiltaket. Epikrisetiden i løpet av prøveperioden må også analyseres. Den tverrfaglige ansvarsgruppen for prosjektet bør også arrangere et evalueringsmøte hvor de ansatte får anledning til å komme med sine synspunkter.

## 5. DISKUSJON

Når pasienten skal lese epikrisen er det mulig legen vil «pynte på sannheten» eller moderere språkbruken på andre måter. I en artikkel fra 2011 (43) ønsket man å kartlegge om leger skriver journalnotater annerledes når de vet at pasienten har tilgang til å lese journalen i etterkant. Etter fastlagte kriterier (blant annet bruk av medisinsk terminologi og fremmedord, beskrivelser av pasientenes utseende og beskrivelser av pasientenes psykiske helse) registrerte man endringer i journalformuleringer. Totalt sett var det kun små endringer i innholdet etter at pasientene fikk journalinnsyn, og forfatterne konkluderte med at legene ikke kan sies å endre innhold eller formuleringer selv om de vet at pasientene vil lese det de skriver.

Det er et viktig poeng at fastlege fortsatt skal være hovedmottakeren av epikrisen, slik at meningsinnholdet ikke blir mindre presist. Epikrisene skal fortsatt inneholde den samme informasjonen som før – forskjellen er kun at pasienten også får lese den.

Noen pasienter ønsker kanskje ikke å få så mye informasjon om egen helsetilstand, og kan føle seg «støtt» av å få EIH. I en tverrsnittsstudie fra 2004 (44) ble 4500 voksne pasienter sendt et spørreskjema. Av de 81% som svarte var litt over 1 av 3 veldig interessert i å lese sin journal. De som ønsket å lese journalen sin, var signifikant mer opptatt av pasientsikkerhet og av helse generelt (de oppsøkte informasjon på internett, slo opp i bøker etc), og de stolte i mindre grad på legen sin.

Dersom det settes krav til at alle pasienter skal ha epikrisen i hånden når de skrives ut, kan dette gå på bekostning av andre oppgaver/pasienter legen har. Slik hverdagen i sykehus er lagt opp per i dag vil innføring av EIH kunne føre til at pasienter som ikke skal skrives ut får visitt etter lunsj, fordi legen må bruke tiden før lunsj til å diktere epikriser. Dette kan igjen føre til dårligere flyt på avdelingene, og at prøver og undersøkelser må utsettes.

Ut fra de studiene om talegjenkjenning som er gjennomgått, synes det rimelig å anta at talegjenkjenning kan være et viktig steg i å gjennomføre EIH. Selv om det er et forbedringspotensiale på teknologifronten, synes det sannsynlig at talegjenkjenning over tid vil være tids- og kostnadsbesparende. Den innsparte tiden vil kunne komme pasienten til gode, både i forhold til bedre og raskere behandling, og til å øke muligheten for at legene rekker å ha epikrisen klar til pasienten ved utskrivning. Imidlertid har talegjenkjenning allerede blitt innført en god del steder i Norge, og det er en del misnøye rundt dette (45). Imidlertid har vi ikke greid å finne norsk forskning som omhandler bruk av talegjenkjenning. Talegjenkjenning krever en lang innkjøringsprosess, noe som kan være problematisk i forhold til vikarer. For utenlandske leger kan også talegjenkjenning være vanskelig. Mange mener at presisjonen er for dårlig, noe som kan føre til potensielt alvorlige misforståelser. Kanskje må teknologien bli enda litt bedre før dette kan bli en velfungerende dikteringsmåte.

## **6. KONKLUSJON**

I denne oppgaven har vi redegjort for hvorfor vi mener brukermedvirkning på individnivå og samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten er to områder med et klart forbedringspotensiale. Videre har vi drøftet EIH som en mulig måte å både involvere pasienten i sitt eget behandlingsforløp, og samtidig forbedre kontinuiteten i behandlingen. Vi har også drøftet fordeler og ulemper ved å gi pasienten sin epikrise.

Valget av flere mindre virkemidler som sammen kan bidra til EIH, gjør at hver enkelt avdeling kan tilpasse tiltaket til sine rammevilkår. I lys av samhandlingsreformen mener vi at EIH kan ha en plass i norske sykehus. Det er definitivt mye å hente på å korte ned epikrisetiden, spesielt i forhold til kontinuitet av pasientforløp og pasientsikkerhet. Imidlertid kan et godt pasientinformasjonsskriv/”foreløpig epikrise”, som er mer tilpasset pasienten som mottaker, utfylle mye av den samme funksjonen.

Hvorvidt EIH skal bli fast praksis på en avdeling eller ikke, mener vi må avgjøres av avdelingen selv etter en grundig evaluering av pilotprosjektet.

## 8. LITTERATURLISTE

1. Ukjent forfatter. ST med dristig mål om å gi epikrisen i handa samtidig som pasienten utskrives fra sykehuset». ST-bulletin: Lokalavis for Sykehuset Telemark. 2008; 8.
2. <http://www.frittsykehusvalg.no/> (epikrisetider per 26.08.11).
3. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). (1999-07-02).
4. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (1999-07-02).
5. Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). (2001-06-15).
6. ... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Helsedirektoratet, 2005.
7. St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6: Nasjonal helseplan 2007-2010. Helse- og omsorgsdepartementet.
8. Kessels: Patients' memory for medical information. J R Soc Med 2003;96:219-22.
9. Makaryus, Friedman: Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. Mayo Clin Proc 2005;80:991-4.
10. Pullar, Roach, Mellor: Patients' knowledge concerning their medications on discharge from hospital. J Clin Pharm Ther 1989;14:57-9.
11. Calkins, Davis, Reiley: Patient-physician communication at hospital discharge and patients' understanding of the postdischarge treatment plan. Arch Intern Med 1997;157:1026-30.
12. Skudal, Bjertnæs, Holmboe, Bukholm, Røttingen. Commonwealth Fund-undersøkelsen 2010: Resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
13. Hall, Bjørner, Martinsen, Stavem, Weberg. Den gode epikrise – kriterier og evaluering. Tidsskrift for Den norske legeforening nr 8, 2007; 8:127.
14. van Walraven, Rokosh. What is Necessary for High-Quality Discharge Summaries? American Journal of Medical Quality 1999; 14:160.
15. Kværner, Tjerbo, Botten, Aasland. Epikrisen som samhandlingsverktøy. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening. 2005; 125:2815-2817.
16. Ree. Medisinsk-faglig innhold i epikriser – “den gode epikrise”. KITH rapport R32/2002. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsevesenet, 2002.

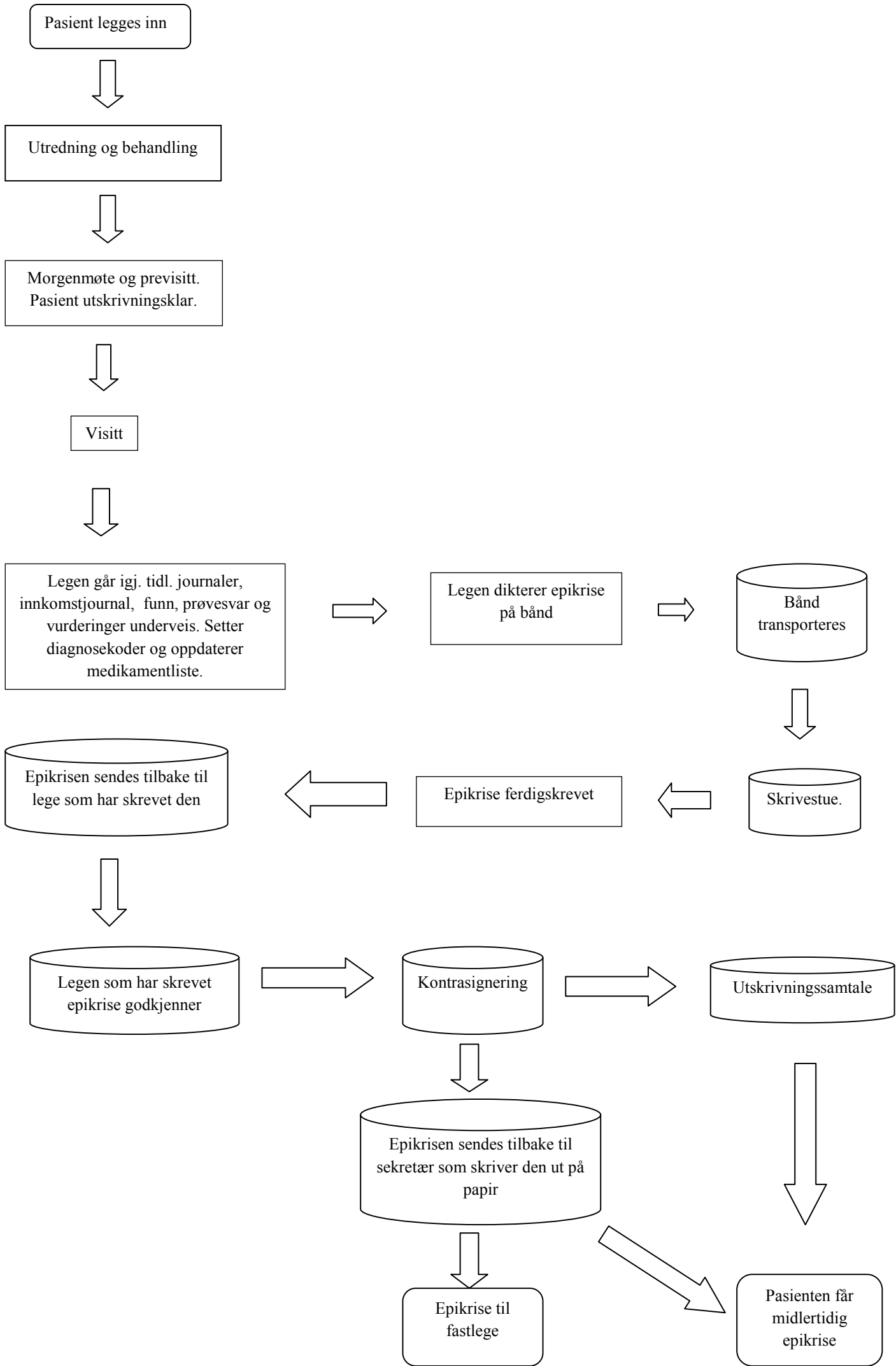


17. Kripalani, LeFevre, Philips, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. JAMA 2007; 297: 831-841.
18. van Walraven, Seth, Laupacis. Dissemination of discharge summaries. CFP 2002; 48: 737-742.
19. van Walraven, Seth, Austin, Laupacis. Effect of discharge summary availability during post – discharge visits on hospital readmission. J Gen Intern Med 2002; 17: 186-192.
20. Moksnes: Kan epikrisetiden forkortes? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2380-2381.
21. Forskrift om pasientjournal. FOR 2000-12-21 nr 1385.
22. <http://nesstar2.shdir.no/kvalind/> (per 29.08.11).
23. <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/>
24. Trumpy. Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2002; 122:394-6.
25. Epikrise til pasienter: Prosjektrapport nr 7. Helse Øst, Hamar 2006.
26. «Epikrisene sendes raskere ut». [http://www.sykehuset-ostfold.no/modules/module\\_123/proxy.asp?iCategoryId=496&iInfoId=9730&iDisplayType=2&print=y](http://www.sykehuset-ostfold.no/modules/module_123/proxy.asp?iCategoryId=496&iInfoId=9730&iDisplayType=2&print=y)
27. Urdahl 24.11.09 “Talegjenkjenning - 6 års erfaringer fra Sykehuset Telemark” [http://www.old.helse-sorost.no/stream\\_file.asp?iEntityId=5023](http://www.old.helse-sorost.no/stream_file.asp?iEntityId=5023)
28. Fagtidsskriftet Helse/Medisin/Teknikk nr 1 2010 “Talegjenkjenning gir klare kvalitetsgevinster” [http://project.vbook.no/project.asp?version\\_id=597&page=12#b13](http://project.vbook.no/project.asp?version_id=597&page=12#b13)
29. ST-Bulletin nr 9 2007 “Helse Sør fornøyd med epikriseresultatet på ST”, “Talegjenkjenning gir raskere epikriser på ST”, “En milepæl at ST klarer epikrisekravet som første sentralsykehus” <http://www.sthf.no/upload/Dokumenter/Presse/ST-Bulletin--nr-9-07-.pdf>.
30. Dagens Medisin nr 21 2006 (08.12.06): «Sender epikrisen med pasientene». <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2006/12/08/sender-epikrisen-med-pasien/>
31. «Oppdatert med epikrise». Internmagasinet Stetoskopet, juni 2009. <http://www.sykehuset-ostfold.no/aktuelt/nyheter/Sider/oppdatert-med-epikrise.aspx>
32. Baldry, Cheal, Fisher, Gillett, Huet: «Giving patients their own records in general practice: experience of patients and staff». BMJ Clin Res Ed 1986;292:596-8.

33. Maly, Bourque, Engelhardt: «A randomized, controlled trial of facilitating information giving to patients with chronic medical conditions. Effects on outcomes of care». J Fam Pract. 1999 May;48(5):356-63.
34. Thorsen, Grimsmo: «Bør pasienter i allmennpraksis tilbys kopi av dagens journalnotat?» Tidsskr Nor Lægeforen 2006;126:603-4.
35. Rosenthal, Chew, Dupuy, Kattapuram, Palmer, Yap, Levine. Computer-based speech recognition as a replacement for medical transcription. *AJR Am J Roentgenol.* 1998; 170(1):23-5.
36. Parente, Kock, Sosini. An Analysis of the Implementation and Impact of Speech-Recognition Technology in the Healthcare Sector *Perspect Health Inf Manag.* 2004; 1:5.
37. Zick, Olsen. Voice recognition software versus a traditional transcription service for physician charting in the ED. *Am J Emerg Med.* 2001; 19(4):295-8.
38. Mann, Williams: «Standards in medical record keeping». *Clin Med* 2003;3:329-32.
39. Midlöv et al. Medication report reduces number of medication errors when elderly patients are discharged from hospital. *Pharm World Sci* 2008; 30:92-8.
40. <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Hedmark/2008/Forsvarlighet-kommunikasjon-Sykehuset-Innlandet-HF-Hamar-2008/>
41. <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Hordaland/2006/Utredning-behandling-Haraldsplass-Diakonale-Sykehus-2006/>
42. <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Sor-Trondelag/2010/St-Olavs-Hospital-HF-Nevrokirurgisk-avdeling-kommunikasjon-i-helseforetak-2010/>
43. Kind, Fowles, Craft, Kind, Richter. No change in physician dictation patterns when visit notes are made available online for patients. *Mayo Clin Proc* 2011; 86:397-405.
44. Fowles, Kind, Craft, Kind, Mandel, Adlis. Patients' interest in reading their medical record. *Arch Intern Med* 2004; 164:793-800.
45. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2010/04/30/han-far-smerter-i-albuen-n/index.xml>
46. Bang. Effektivitet i lederteam - hva er det og hvilke faktorer påvirker det? *Tidsskrift for den norske psykologforening* 2008;45:2-16.
47. Ham. Improving the performances of health services: the role of clinical leadership. *Lancet* 2003;361:1978-80.
48. Swanwick, McKimm. *ABC of Clinical Leadership.* Blackwell Publishing Ltd. 2011, kapittel 11.

Population	Intervention	Control	Outcome
Pasienter innlagt på medisinsk avdeling	<p>Pasienten får sin egen epikrise i forbindelse med utskrivningssamtale</p> <p>Pasienten får tilsendt sin egen epikrise i posten når den er klar</p>	Ingen intervensjon (epikrisen går til fastlege som før, pasienten får kanskje en foreløpig epikrise eller et pasientskriv med fra avdelingen)	<p>Pasienttilfredshet</p> <p>Reinnleggelser</p> <p>Medikamentfeil</p> <p>Compliance</p> <p>Epikrisetid</p> <p>Epikrisekvalitet (vurdert av fastlege, vurdert av dikterende lege)</p>
Pasienter i allmennpraksis	Pasienten får med dagens journalnotat	Pasienten får ikke med seg dagens journalnotat	<p>Pasienttilfredshet</p> <p>Compliance</p>
Epikriser fra medisinsk avdeling	Talegjenkjenning	Ingen talegjenkjenning	<p>Epikrisetid</p> <p>Ressursbruk (både for den enkelte lege og for avdelingen/ sykehuset som helhet)</p> <p>Tid brukt på epikrisediktering</p>
Epikriser fra medisinsk avdeling	Digital diktering	Ingen digital diktering	<p>Epikrisetid</p> <p>Ressursbruk (både for den enkelte lege og for avdelingen/ sykehuset som helhet)</p> <p>Tid brukt på epikrisediktering</p>

Population	Intervention	Control	Outcome
Epikriser fra medisinsk avdeling	Fast epikrisemal, inkludert medikamentliste-oppsett	Ingen mal eller medikamentliste	Epikrisetid Medikamentfeil Reinnleggelser Tid brukt på epikrisediktering Ressursbruk



## MENNESKER

Legen forsinket

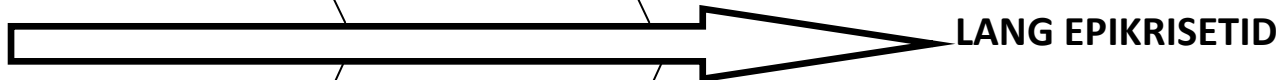
Sekretær forsinket

## METODE

Manuell skrivning på pc

Diktere epikrise – sekretær skriver

Talegjenkjenning



Journalssystem

Diktafon

Talegjenkjenning

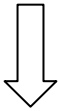
## MASKINER

Forsinkelser i Posten

Epikrise faks – tekniske problemer?

## MILJØ

Pasient legges inn



Utredning og behandling



Morgenmøte og previsitt. Pasient utskrivningsklar.



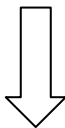
Visitt



Sekretær starter klargjøring av epikrise og oppretter epikrisemal.

Legen fullfører allerede opprettet epikrisemal. Oppdaterer medikamentliste.

Legen dikterer, retter og godkjenner epikrisen v.h.a. TGK



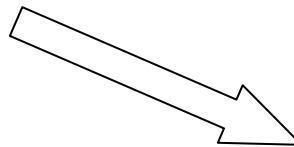
Kontrasignering



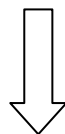
Ikke-elektronisk dokument sendes fastlege

Sekretær skriver ut epikrisen.

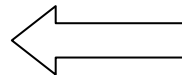
TGK=talegjenkjenning



Digital diktering



Skrivestue



EIH

Pasientnr:

Poliklinisk ☐ Sengepost ☐

Kvinne ☐ Mann ☐

Alder: Under 18 ☐ 18-30 ☐ 31-50 ☐ 51-70 ☐ 71 eller mer ☐

Epikrisen utdelt:

Samme dag ☐ Dag 1 ☐ Dag 2 ☐ Dag 3 ☐ Dag 4 ☐ Dag 5 ☐ Dag 6 ☐  
Dag 7 ☐ Mer enn 7 ☐

1)

**Hvor fornøyd er du med hensyn til informasjonen du fikk om hva som feilte deg da du lå på sykehuset?**

Ikke i det hele tatt  
☐

I liten grad  
☐

I noen grad  
☐

I stor grad  
☐

I svært stor grad  
☐

2)

**Hvor fornøyd er du med hensyn til informasjonen om behandlingen du fikk da du lå på sykehuset?**

Ikke i det hele tatt  
☐

I liten grad  
☐

I noen grad  
☐

I stor grad  
☐

I svært stor grad  
☐

3)

**I hvilken grad er du fornøyd med kvaliteten på selve behandlingen du fikk da du lå på sykehuset?**

Ikke i det hele tatt  
☐

I liten grad  
☐

I noen grad  
☐

I stor grad  
☐

I svært stor grad  
☐

**4a) Fikk du sluttsamtale da du skulle utskrives fra sykehuset?**

JÅ ☐ NEI ☐

4b)

**I hvilken grad er du fornøyd med kvaliteten på sluttsamtalen du fikk da du skulle skrives ut av sykehuset?**

Ikke i det hele tatt  
☐

I liten grad  
☐

I noen grad  
☐

I stor grad  
☐

I svært stor grad  
☐



5)

**I hvilken grad mener du det var nyttig å motta egen epikrise?**

---

Ikke i det hele tatt

☐

I liten grad

☐

I noen grad

☐

I stor grad

☐

I svært stor grad

☐

6)

**I hvilken grad opplevde du det å motta egen epikrise som en belastning?**

---

Ikke i det hele tatt

☐

I liten grad

☐

I noen grad

☐

I stor grad

☐

I svært stor grad

☐

7)

**I hvilken grad opplevde du det å motta egen epikrise som noe positivt?**

---

Ikke i det hele tatt

☐

I liten grad

☐

I noen grad

☐

I stor grad

☐

I svært stor grad

☐

8)

**I hvilken grad var epikrisen forståelig lesning?**

---

Ikke i det hele tatt

☐

I liten grad

☐

I noen grad

☐

I stor grad

☐

I svært stor grad

☐

9)

**Hvis du blir innlagt ved en senere anledning, - i hvilken grad ønsker du da å motta egen epikrise?**

---

Ikke i det hele tatt

☐

I liten grad

☐

I noen grad

☐

I stor grad

☐

I svært stor grad

☐

10)

**Alt i alt – hvor fornøyd er du med oppholdet ved sykehuset?**

---

Ikke i det hele tatt

☐

I liten grad

☐

I noen grad

☐

I stor grad

☐

I svært stor grad

☐